OBSERVATIONS

No 205.

DE

MALADIES CÉRÉBRALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 décembre 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR A. M. CHAMBEYRON, de Lyon,

Département du Rhône;

Elève interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président.* FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Cerdy.
Arvers.	Kergaradec.
Baudeloque	Lisfranc.
Bouvier.	Maisonabe.
Breschet.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Hippolyte), *Suppléant.*	Pavet de Courteille.
Cloquet (Jules).	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Velpeau.
Gérardin.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE PINEL.

A MES MAÎTRES,

MM. ESQUIROL, FERRUS ET ROSTAN.

Gage d'un respectueux attachement et d'une reconnaissance éternelle.

A. M. CHAMBEYRON.

OBSERVATIONS

DE

MALADIES CÉRÉBRALES.

Si les opinions de ceux qui ont écrit en médecine n'avaient jamais été que les conséquences rigoureusement déduites d'observations recueillies avec soin ou discutées sans prévention, nous ne serions pas égarés à chaque pas au travers d'une foule de systèmes incohérens et souvent contradictoires. Or, dans les sciences de faits, dans celles surtout où les occasions d'observer ne se présentent que de loin en loin, et ne peuvent pas, comme dans la chimie, dans la physique, etc., être reproduites à volonté, un grand nombre d'années s'écoule avant qu'on puisse affirmer qu'on a bien vu ce qu'on a vu, et qu'on en a bien conclu ce qu'on devait en conclure.

Je n'irai donc point, séduit par l'envie de dire du neuf, ajouter à tant de théories hasardées, des idées peut-être plus hasardées encore sur quelque point de la médecine. Qui sait si elles n'auraient pas des partisans? D'ailleurs le but de celui qui écrit une thèse est, je pense, de fournir à ses juges une matière d'examen et un texte d'argumentation, et de faire connaître les données d'après lesquelles il se dirigera dans le traitement des malades qui lui seront confiés. Je n'ai pas eu d'autre intention; aussi me suis-je contenté de tran-

Iscrire quelques-unes des observations que j'ai recueillies dans les hôpitaux, après avoir rappelé sommairement les principes généraux qu'elles m'ont paru confirmer.

I. Le cerveau est l'organe du sentiment et du mouvement, de l'intelligence et des facultés affectives. Là sont posées les bornes de notre art ; il ne nous appartient pas de les franchir, C'est aux sciences métaphysiques à nous apprendre quelle force supérieure préside aux phénomènes que notre tâche est seulement d'observer.

II. Toute altération du sentiment ou du mouvement, de l'intelligence ou des passions, est à la fois le résultat et l'indice d'une affection morbide du cerveau.

III. Toutefois la paralysie ou les convulsions, l'excès ou le défaut de sensibilité dans une partie, peuvent dépendre d'une lésion des conducteurs placés entre cette partie et le centre nerveux.

IV. On n'appelle *paralysie* que l'immobilité produite par une maladie du système nerveux ; on réserve le nom d'*immobilité* plus ou moins complète à celle qui résulte d'une cause étrangère à ce système.

V. Les affections cérébrales que dénoncent l'aliénation mentale, le délire, la paralysie ou les convulsions, etc., sont idiopathiques ou symptomatiques, suivant que la cause déterminante a agi sur le cerveau directement, ou par l'intermédiaire d'un autre organe.

VI. L'intelligence et les facultés affectives ont leurs paralysies et leurs convulsions, si l'on peut s'exprimer ainsi, comme le sentiment et le mouvement.

VII. L'idiotie et l'imbécillité peuvent être comparées à la paralysie originelle. Dans l'un et dans l'autre cas, le cerveau n'a pas acquis son entier développement, soit qu'il ait été originairement imparfait, soit que des maladies contractées pendant la vie intra-utérine, ou peu de temps après la naissance, aient entravé les progrès de son accroissement.

VIII. L'idiotie est quelquefois liée à la paralysie, mais elles ne sont pas causes l'une de l'autre; ce sont deux symptômes d'une même affection cérébrale, et quelquefois de deux affections cérébrales distinctes.

IX. La cause cérébrale de l'idiotie est permanente, incurable; celle de la paralysie peut quelquefois être attaquée avec succès. Je m'explique : un enfant naît idiot parce que sa tête est vicieusement conformée, survient un hydrocéphale; l'épanchement comprime un des hémisphères, de là une hémiplégie. Il se peut que la sérosité soit résorbée, et que la paralysie disparaisse; mais l'altération des facultés intellectuelles et affectives persistera. Je connais un exemple de ce genre.

X. De même que la paralysie du sentiment et du mouvement, celle de l'intelligence et des affections peut n'être que partielle; on voit des imbécilles, parfois même des idiots, conserver une aptitude remarquable à certaines choses : chez quelques-uns, certaines passions sont très-développées, tandis qu'on ne découvre aucune trace des autres. Ce fait d'observation est un de ceux qui militent en faveur de la doctrine de la pluralité des organes cérébraux.

XI. La démence offre beaucoup d'analogie avec la paralysie accidentelle; cependant jamais je n'ai vu de démence partielle bien caractérisée.

XII. La paralysie qui vient compliquer le dernier degré de la dé-

mence, et qui, dans certains cas, l'accompagne presque dès son origine, est générale comme elle, et n'est que le résultat de l'extension de la maladie cérébrale qui la produit. Elle dépend le plus souvent d'une induration du cerveau, quelquefois d'un ramollissement : plus rarement la lésion cérébrale se dérobe à nos moyens investigateurs. M. *Rostan* pense qu'elle tient, chez quelques vieillards, à l'*usure du cerveau.* Cette espèce de paralysie est la seule propre aux aliénés, et celle qui aggrave le plus le prognostic qu'on porte sur eux ; cependant il est vrai de dire qu'ils sont très-disposés aux autres causes de paralysie, aux congestions, aux hémorrhagies, aux ramollissemens partiels, etc.

XIII. La manie et la monomanie sont toujours accidentelles; ce sont les convulsions des passions et de l'intelligence. Mais on ne les voit point, comme les convulsions, dans le premier âge de la vie ; cependant certains enfans sont atteints de véritables monomanies de jalousie.

XIV. Le cerveau tout entier n'est pas le siége des altérations dont l'aliénation mentale est le symptôme. Il existe quelques motifs de croire que ces altérations sont souvent bornées à la substance corticale. Les principaux de ces motifs sont, 1.° que chez la grande majorité des aliénés cette substance est malade, souvent toute seule ; 2.° que, dans certains cas de paralysie sans trouble dans les idées, elle est intacte ; 3.° que, dans les paralysies avec délire, les deux substances sont altérées ; 4.° que, suivant que la paralysie a précédé le délire, ou le délire la paralysie, la lésion organique paraît plus avancée dans l'une ou dans l'autre des deux substances.

XV. Nous sommes loin encore de savoir à quelle portion du cerveau appartient telle ou telle variété de l'aliénation mentale.

XVI. Parce que, chez un très-grand nombre d'aliénés, on a trouvé

la substance corticale fortement injectée, colorée uniformément en rose ou en violet, ramollie, divisée en deux couches, l'une superficielle, diffluente, l'autre profonde, plus dense, ou bien frappée d'un endurcissement qui, dans les cas de paralysie, s'étend à la substance médullaire, on a cru pouvoir conclure que l'inflammation de cette enveloppe corticale était toujours la cause de l'aliénation mentale. Je ne partage pas cette opinion, car, 1.° ces altérations n'existent pas chez tous les aliénés; 2.° quelques-unes d'entre elles peuvent n'être pas le résultat de l'inflammation; 3.° comme on ne meurt pas ordinairement de la folie, il est difficile de séparer, sur le cadavre, ce qui appartient à cette maladie de ce qui appartient à celle qui a déterminé la mort, etc., etc.

XVII. On ne peut pas dire non plus que la folie ni le délire soient le résultat immédiat de l'inflammation des méninges. En effet cette inflammation ne se rencontre pas dans tous les cas de délire ou de folie; et d'ailleurs les membranes du cerveau ne sont pas plus les organes de la pensée, que la plèvre celui de la respiration.

XVIII. L'arachnitis n'est donc qu'une des nombreuses causes médiates du délire et de l'aliénation mentale. Cependant on conçoit qu'à cause de la proximité où son siége est du cerveau, elle réagisse plus souvent sur cet organe que les autres inflammations.

XIX. Dans le traitement de la folie, il est de la plus haute importance d'apprécier l'influence des causes médiates et de les combattre par les moyens convenables, en même temps qu'on a recours au traitement direct, soit physique, soit moral. Je ne m'appesantirai pas davantage sur ce sujet qui est étranger aux observations que je citerai.

XX. Lorsque la cause des lésions du sentiment et du mouvement est dans le cerveau, je pense, avec mes anciens collègues et amis,

MM. *Foville* et *Pinel-Grandchamp*, que c'est dans la substance blanche qu'il faut la chercher.

XXI. C'est une vérité non contestée maintenant, que la paralysie existe toujours du côté opposé à l'hémisphère cérébral malade. Les observations qui démentent ce fait méritent un examen très-sévère.

XXII. Un grand nombre de faits m'ont convaincu, ainsi que les deux médecins dont je viens de parler, que la partie antérieure du cerveau préside aux mouvemens du membre inférieur, la postérieure à ceux du membre supérieur. La ligne de démarcation serait à la rainure qui sépare le corps strié de la couche optique.

XXIII. Ainsi le siége de la paralysie indique celui de la lésion cérébrale, et réciproquement.

XXIV. L'étendue de la paralysie est en rapport avec celle de l'affection cérébrale, quand celle-ci occupe les hémisphères; mais, si elle est située dans une partie centrale, dans la protubérance par exemple, une maladie très-circonscrite peut causer une paralysie plus ou moins générale.

XXV. L'invasion de la congestion et de l'hémorrhagie est brusque, instantanée; leur marche ultérieure, et quelquefois l'étendue de la paralysie les font distinguer.

XXVI. L'hémorrhagie produit d'abord la paralysie partielle, ensuite la paralysie générale, si elle continue à s'étendre. Il est rare au contraire que la congestion soit très-circonscrite, si l'on excepte celle qui coïncide avec le dernier degré de l'anévrisme du cœur. Cependant, lorsqu'il existe déjà quelque maladie ancienne dans l'un des hémisphères, la congestion paraît plus marquée de ce côté-là, du moins à en juger par l'effet produit sur les mouvemens.

XXVII. La congestion se dissipe promptement ; l'hémorrhagie se résout avec une certaine lenteur, et la paralysie qu'elle occasionne persiste ou disparaît, probablement selon que les fibres du cerveau ont été déchirées, ou seulement écartées.

XXVIII. On ne doit croire qu'avec réserve ce qu'on a dit sur la prétendue constitution apoplectique. Parmi les sujets que j'ai vus frappés d'apoplexie, pendant quatre ans que j'ai passés à la Salpêtrière, la plupart avaient la constitution opposée ; le plus grand nombre était affecté d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et d'ossifications des gros vaisseaux, quelques-uns d'hypertrophie du ventricule droit.

XXIX. C'est un mensonge gratuit d'avancer que, chez un grand nombre d'apoplectiques, on n'a trouvé que six vertèbres cervicales.

XXX. Il ne me semble pas exact de dire que la jambe paralysée recouvre ses mouvemens plutôt que le bras. Le siége, l'étendue, la persistance de la paralysie dépendent du siége, de l'étendue, de la persistance de l'affection cérébrale, et l'on ne voit pas pourquoi celle-ci serait plutôt guérie dans un point du cerveau que dans l'autre. Cependant, si le fait est vrai, il faudrait admettre que, dans les cas d'hémiplégie, l'épanchement se fait le plus souvent dans la partie postérieure du cerveau, et que l'antérieure est seulement comprimée, ou du moins lésée moins profondément ; alors à quoi tiendrait cette particularité ? Je l'ignore.

XXXI. La paralysie d'un muscle n'est plus grave que celle d'un autre muscle, qu'autant que l'action du premier est plus immédiatement nécessaire à la vie. Le *mouvement de pipe* n'a rien de fâcheux par lui-même. La nommée Fleury, dont la lèvre supérieure est paralysée seule, *fume la pipe* depuis plus de dix ans.

XXXII. Il n'est pas impossible qu'une hémorrhagie ait lieu dans

les deux hémisphères à la fois; je ne l'ai jamais vu. Toujours elle commence par un côté, remplit le ventricule correspondant, rompt la cloison et pénètre dans le ventricule opposé. Cette gradation est marquée par celle de la paralysie. Aussi la mort par apoplexie n'est jamais instantanée; la mort subite proprement dite est le résultat d'une rupture du cœur.

XXXIII. La contracture existe quelquefois dans le cas d'hémorrhagie. Dépendrait-elle de l'inflammation développée autour du foyer? et dans ce cas les ramollissemens qui ne présentent pas de contracture seraient-ils de nature non inflammatoire?

XXXIV. Le ramollissement circonscrit se distingue des deux affections précédentes par son invasion et par sa marche. La paralysie qu'il détermine ne marche qu'avec lenteur; il est rare qu'elle ne soit pas précédée de symptômes précurseurs, et spécialement d'une douleur de tête fixe, du côté opposé au membre paralysé; elle s'étend par degrés d'un membre à l'autre, peut rester quelque temps stationnaire, mais n'affecte jamais la marche rétrograde de la congestion ou de l'hémorrhagie.

XXXV. Souvent on trouve la substance cérébrale comme délayée autour des foyers d'épanchement; souvent aussi le ramollissement proprement dit résulte de l'inflammation, soit primitive, soit déterminée par la présence du sang épanché, des tubercules, des cancers, etc. Mais je ne pense pas que tout ramollissement soit le résultat d'une encéphalite.

XXXVI. Le cancer, le tubercule, affectent une marche bien plus lente que le ramollissement le plus chronique; on arrive à les reconnaître par les signes négatifs des autres altérations cérébrales, par l'âge, la constitution, l'habitude générale du malade, etc.

XXXVII. Les tumeurs d'autre nature, susceptibles de comprimer

le cerveau et de causer la paralysie, sont très-difficiles à reconnaître; souvent il est impossible d'y parvenir, à moins que l'érosion du crâne ou des circonstances particulières ne viennent éclairer le diagnostic. Je citerai à ce propos une observation qui, bien que très-incomplète, ne laissera peut-être pas d'offrir quelque intérêt.

Un militaire, âgé de cinquante à cinquante-cinq ans, d'une constitution sèche sans être grêle, jouissant ordinairement d'une bonne santé, se présenta à la Salpêtrière, il y a environ huit ou dix mois. Il avait eu plusieurs maladies vénériennes toutes assez négligemment traitées, et il en portait encore sur le front des marques évidentes. Depuis quatre ans, cet homme sentait derrière la partie moyenne du coronal une douleur fixe, continue, plus insupportable la nuit que le jour. Peu de temps après étaient survenus de légers picotemens dans les jambes, puis des fourmillemens bien prononcés; ces fourmillemens et la douleur frontale s'étaient accrus ensemble, mais avec une excessive lenteur. Depuis quelque temps, le malade ne pouvait se pencher en avant sans éprouver des éblouissemens et des vertiges. Au moment où je le vis, il commençait à avoir de la difficulté à marcher, surtout quand il était resté quelques heures assis ou couché; une fois en marche, il s'apercevait moins de la gêne des mouvemens. L'affaiblissement des extrémités inférieures, incommodité dont le malade se plaignait le plus, car il s'était presque accoutumé à sa céphalalgie, tenait à une cause éloignée. Rien ne pouvait faire soupçonner ni rhumatisme, ni goutte, ni maladie des os ou de leurs articulations; point de ces douleurs qu'on nomme *ostéocopes;* aucune tumeur ne comprimait les nerfs sciatiques; d'ailleurs les deux jambes étaient également malades; la gradation de l'affaiblissement avait été la même dans toutes deux, et il était difficile de croire que deux affections différentes marchassent avec une telle simultanéité; la colonne vertébrale n'offrait aucune déviation; toutes les vertèbres et le sacrum étaient dans leur situation naturelle et dans leur état physiologique; la pression, exercée avec assez de force sur la crête sacrée et sur les apophyses épineuses, ne réveillait aucune douleur. D'ailleurs

la céphalalgie frontale offrait avec la paralysie commençante une liaison trop marquée pour qu'il fût permis de la méconnaître. Je cherchai donc dans la tête la cause de la maladie des extrémités. L'idée d'un épanchement sanguin, d'un ramollissement, n'était pas admissible. Rien dans l'habitude extérieure ne pouvait faire penser au cancer ni au tubercule; l'âge surtout éloignait la probabilité de cette dernière affection. Le fungus de la dure-mère marche avec plus de rapidité, et le plus souvent corrode les os du crâne; les hydatides sont assez rares. Je pensai un instant à une tumeur des sinus frontaux, qui aurait déjeté en arrière la table interne; mais aucune douleur à la racine du nez, aucune saillie du front, aucune inflammation de la membrane muqueuse nasale, aucun enchifrènement ne venait confirmer cette idée. D'une autre part, le malade assurait qu'il éprouvait la douleur dans l'os même; le caractère de cette douleur, son exacerbation la nuit étaient de nouveaux indices; une maladie de l'os même pouvait seule marcher avec une telle lenteur. Je m'arrêtai donc à l'opinion que cet homme portait une exostose vénérienne de la table interne du frontal; que cette exostose comprimait également les deux hémisphères, et par conséquent se trouvait sur la ligne médiane, siége qu'indiquaient et la douleur et la simultanéité de l'affaiblissement des deux extrémités. Je conseillai un traitement mercuriel suivi, et le malade ne pouvant le faire chez lui, me protesta qu'il entrerait à l'hospice des vénériens. Je l'y ai cherché vainement, et je n'ai jamais pu le revoir. Je comptais d'autant plus sur l'efficacité du traitement mercuriel, que j'avais vu en 1821, à l'Hôtel-Dieu de Paris, une femme affectée d'un gonflement vénérien du pariétal droit, et chez laquelle l'usage du mercure fit, en vingt ou trente jours, diminuer la tumeur et cesser la pression qu'elle exerçait sur le cerveau.

Dans l'observation que je viens de citer, il est une circonstance remarquable, c'est l'augmentation de la difficulté de marcher après un repos prolongé. D'après la théorie des auteurs allemands sur l'existence d'un fluide nerveux, il semblerait que ce fluide fait effort pour surmonter l'obstacle que lui oppose la compression, et qu'en-

suite, une fois l'obstacle vaincu, le courant nerveux s'établit avec plus de régularité. Quoi qu'il en soit de cette explication, dont je suis loin de me rendre garant, le fait n'en reste pas moins avéré. Une femme nommée Bailly, qu'une déviation de la troisième vertèbre lombaire avait rendue paraplégique, non pas complètement, mais assez toutefois pour qu'elle fût obligée de se servir constamment de béquilles, était sujette à se livrer à de violens accès de colère. Je l'ai vue plusieurs fois, dans ses accès, se lever brusquement et faire plusieurs pas sans le secours de ses béquilles. On connaît d'ailleurs l'exemple cité par *M. A. Petit,* de Lyon, de paralytiques qui, effrayés par la chute d'une bombe, s'enfuirent loin de leurs lits.

XXXVIII. Le traitement des affections cérébrales varie suivant leur nature, leur étendue, leur ancienneté; suivant l'âge, le sexe et la constitution des malades. Les saignées locales et générales, les dérivatifs appliqués sur la peau et sur le canal digestif, tels sont les moyens dans lesquels on doit avoir le plus de confiance. Lorsque l'affection cérébrale est le résultat d'une viciation générale, on doit combattre la cause présumée; mais les remèdes employés dans ce but sont d'un bien faible secours à l'époque où la lésion du cerveau se manifeste.

XXXIX. On a beaucoup parlé de l'efficacité de l'électricité et du magnétisme contre la paralysie, sans faire attention que la paralysie, non plus que les convulsions et l'aliénation mentale, n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais bien un symptôme commun à plusieurs maladies très-différentes et souvent opposées.

Quand je commençais l'étude de la médecine, il y a neuf à dix ans, on me fit soumettre, pendant quinze jours, une jambe paralysée à l'action de la pile galvanique; ce traitement ne produisit pas le moindre effet; je n'ai jamais perdu mon temps plus inutilement et de meilleure foi. Depuis j'ai employé l'électricité contre des amauroses, et toujours sans le moindre résultat avantageux.

XL. Dans ces derniers temps, on a vanté la noix vomique, toujours sans préciser les cas. La strychnine dissipe-t-elle les congestions? active-t-elle l'absorption du sang, de la sérosité, du pus épanché? soude-t-elle les fibres cérébrales déchirées? reproduit-elle celles qui n'existent plus? fond-elle les tubercules? ramène-t-elle à l'état sain le cerveau ramolli ou cancéré? etc. Je l'ignore. Je l'ai employée sur deux aliénées en démence qui commençaient à se paralyser; il me semblait que l'induration du cerveau, maladie dont la marche est lente et graduée, et qui porte à la fois sur tout l'ensemble de l'organe, était la plus propre à s'améliorer par l'emploi de cette substance. Je la donnai à la dose d'un demi-grain, puis d'un grain, puis d'un grain et demi. L'une des deux malades n'éprouva rien, sinon une constipation opiniâtre qui me fit renoncer à la strychnine; l'autre, dont la démence était plus avancée, quoiqu'elle fût jeune encore, parut se ranimer un peu; son cerveau sembla reprendre quelque activité; ses discours furent peut-être un peu moins décousus, mais il n'y eut aucune amélioration sensible sous le rapport des mouvemens; et le dévoiement qui survint me força bientôt de cesser l'emploi du remède.

Je vais citer maintenant quelques-unes des observations sur lesquelles sont fondées les considérations qu'on vient de lire. Ces observations sont copiées textuellement sur les notes prises jour par jour, au lit des malades, en présence de nombreux élèves, et lues à la clinique de M. *Rostan*. Elles paraîtront peut-être écrites d'une manière incorrecte; toutefois je me garderai bien d'y rien changer; j'aurais trop peur que, à mon insu, la vérité ne perdît à une nouvelle rédaction.

I.re OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale.

Le 13 février 1824, la nommée Barais, qui déjà s'est plainte de légers fourmillemens dans le bras droit, s'écrie tout à coup qu'elle sent mourir ce membre, et un instant après tombe sans connaissance. Le coma est profond, la sensibilité et la contractilité animales paraissent nulles; les alimens ingérés une heure auparavant sont rendus par les seules contractions de l'estomac; au moins la main appliquée sur l'abdomen ne sent aucun mouvement actif des muscles de cette région. La face est pâle, le pouls petit, presque imperceptible, les extrémités froides. (*Lavement purgatif, sinapismes aux mollets.*) Mort quatre heures après la chute.

Autopsie. Le ventricule gauche du cerveau est distendu par une grande quantité de sang, le lobe droit est fortement comprimé par l'épanchement.

II.e OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale.

Le 13 février 1824, Lemaire, qui jusqu'alors a joui du libre exercice de tous ses mouvemens, tombe tout à coup sans connaissance. Les yeux sont fermés, le coma profond; l'insensibilité, l'immobilité paraissent générales et complètes. (*Saignée du bras, lavement purgatif, sinapismes aux mollets.*) A midi, cinq heures après la chute, la sensibilité paraît se ranimer un peu; mais les membres sont contractés, les avant-bras dans la pronation forcée. Le soir, la contracture et la sensibilité ont disparu. Elles se montrent de nouveau le lendemain, et cessent encore quelques heures plus tard. (*Vésicatoire à la nuque, frictions avec l'ammoniaque le long du rachis.*) Mort le 15 au matin, quarante-sept heures après la chute.

Autopsie. Un épanchement sanguin énorme remplit et distend les deux ventricules cérébraux, et s'avance jusque sous la dure-mère du côté droit. La presque totalité de la substance blanche est délayée. L'hémorrhagie paraît avoir commencé par le corps strié gauche, où l'on voit une déchirure manifeste. De là, le sang a envahi les deux hémisphères, en rompant le *septum lucidum*, et a pénétré dans la protubérance annulaire. Le cervelet est seulement un peu injecté.

Quelque brusque, quelque étendue qu'ait été l'hémorrhagie, dans l'un des deux cas que je viens de citer, la mort a été retardée de quatre heures; dans l'autre elle n'est arrivée qu'après quarante-sept. On pourrait croire que dans cette dernière circonstance l'épanchement ne s'est fait que petit à petit; mais si l'on remarque qu'il y a eu, au moment même de la chute, perte complète du sentiment et du mouvement, et qu'on n'a pas même eu le temps de remarquer quel membre a été paralysé le premier, on sera convaincu que le sang a rempli en un instant l'un des ventricules et comprimé l'hémisphère opposé, si même il n'a pas sur-le-champ rompu la cloison.

On peut quelquefois, après la mort, reconnaître le côté par où s'est faite l'hémorrhagie, lors même qu'on ne trouve pas de traces de la déchirure. Ordinairement le ventricule qui a été rempli le premier contient beaucoup de caillots; le ventricule opposé est moins distendu (le contraire a eu lieu chez Lemaire), et ne contient presque que du sang liquide.

Ici se présente une question que je suis loin de pouvoir résoudre: Pourquoi un épanchement qui n'altère qu'un hémisphère du cerveau, et qui comprime seulement l'autre, produit-il la mort en quatre heures, tandis qu'un épanchement double, qui détruit la presque totalité de la substance blanche, n'éteint la vie qu'au bout de deux jours? Ce sont probablement des faits analogues qu'avait en vue notre savant maître, M. le docteur *Ferrus*, lorsqu'il nous disait: En fait de maladies, il n'existe point d'espèces à proprement parler; il n'y a

que des individus. Causes, effets, symptômes, traitement, tout établit des nuances très-tranchées, souvent des contrastes frappans. La pathologie n'est, pour ainsi dire, qu'un assemblage de faits isolés, tous différens malgré leur analogie, et celui-là est le meilleur médecin qui en a vu et médité un plus grand nombre.

III.e OBSERVATION.

Hémorrhagie cérébrale.

Anne-Geneviève Salle, âgée de soixante-douze ans, constitution sèchè, assez bien conservée.

Depuis quatre mois environ, Salle éprouve à la partie antérieure et latérale droite de la tête, des douleurs assez fortes, renaissant et disparaissant à des intervalles inégaux, et sans cause connue. Le bras, et surtout la jambe gauches, sont habituellement engourdis, la malade est presque toujours assoupie.

Le 29 février 1824, après avoir long-temps marché, elle sent les membres déjà engourdis s'affaiblir rapidement, et elle tombe, sans toutefois perdre connaissance. Ramenée à la Salpêtrière, et admise à l'infirmerie, on lui administre un lavement purgatif, des sinapismes sont appliqués aux jambes.

Le 1er mars, à la visite, on trouve le bras et la jambe gauches complètement immobiles; la sensibilité de ces parties est notablement diminuée; l'état général paraît bon. (*Saignée de trois palettes.*) Le 2, la face est encore injectée, quoique la douleur de tête soit moindre; le pouls est fort. (*Vingt sangsues au cou.*) Le 3, la douleur de tête a diminué, les doigts de la main gauche se meuvent avec plus de facilité; les mouvemens du bras sont incertains, difficiles, mais moins bornés que la veille; l'état de la jambe ne présente pas la même amélioration. Le 5, l'avant-bras se meut librement; bientôt le bras devient libre aussi; l'extrémité inférieure n'offre pas de changement notable. Le 3 avril, la malade marche, quoique avec diffi-

culté. Le 11, la marche est encore vacillante. Le 19 mai, Salle n'éprouve plus que son engourdissement accoutumé dans le côté gauche, et elle veut absolument sortir de l'infirmerie.

Une chose assez remarquable dans cette observation, c'est la gradation qu'a suivie le retour de la mobilité dans le bras. Mais ce qui peut-être est plus digne encore de remarque, c'est l'uniformité d'opinion de tous les anciens élèves de M. *Rostan ;* tant est claire et lumineuse la théorie que ce savant professeur expose dans ses cours ! tous pensèrent, 1.° que Salle était affectée d'une maladie cérébrale chronique, située à la partie antérieure de l'hémisphère droit; que cette maladie pourrait bien être un ramollissement, car la constitution de la malade, et les circonstances commémoratives, n'indiquaient aucune autre affection ; que son étendue était peu considérable : 2.° qu'une hémorrhagie était survenue dans le voisinage ou dans l'endroit même de la maladie ancienne, qu'elle était peu étendue, qu'elle devait occuper la partie du cerveau qui commande les mouvemens de la jambe gauche, et n'intéresser que médiocrement, ou peut-être seulement comprimer celle qui préside aux mouvemens du bras gauche. (*Voyez ci-dessus prop.* 2me.) Ces conclusions furent tirées à la clinique ; l'observation suivante prouvera si elles étaient fondées.

IVe OBSERVATION.

Ramollissement cérébral. — Hémorrhagies cérébrales anciennes. — Pneumonie et Gastro-entérite.

Anne-Geneviève Salle est venue l'an passé à l'infirmerie pour une affection cérébrale, qui fut décrite dans le temps : depuis lors, elle a pu se servir assez bien de ses deux mains pour tricoter, genre de travail dans lequel la main gauche a beaucoup moins de mouvemens à exécuter que la droite. Elle marchait en traînant la jambe gauche,

Elle aurait eu aussi, au rapport des filles de service, un dévoiement à peu près habituel; cependant beaucoup d'appétit, pas de soif bien prononcée.

Le 19 mars 1825, après un repas copieux, toutefois sans ivresse, coliques violentes, angoisses très-fortes. La malade refuse d'aller à l'infirmerie, et mange comme à l'ordinaire.

Le 21 seulement elle entre à l'infirmerie; alors sa figure est pâle, sa respiration difficile, son pouls petit, déprimé, rapide. Elle ne saurait dire où elle souffre; elle délire, veut se lever, et répond machinalement aux questions qu'on lui fait: le regard est fixe, l'œil ouvert, tourné à gauche; les pupilles se contractent par l'action de la lumière; mais les paupières ne se ferment pas quand on porte vivement le doigt contre l'œil. Les deux membres supérieurs sont sensibles, mais peu mobiles, le gauche semble plus émacié que le droit; les deux extrémités inférieures paraissent à peu près également privées de sentiment et de mouvement.

La langue est sèche, ruguеuse, le ventre souple, mais douloureux à la pression, les urines rares. On apprend que la malade est constipée depuis deux jours.

La respiration est plaintive, la poitrine est sonore en arrière et sur les côtés, hormis sous l'omoplate droite; l'auscultation n'est pas pratiquée; la toux n'est pas fréquente, et il n'y a pas d'expectoration, ou du moins d'expuition. (*Sinapismes aux jambes.*)

Le 22, sterteur, prostration; la tête est fortement inclinée à gauche et en arrière; l'ouïe est conservée; mais la malade ne parle plus; le reste comme la veille.

Le 23, la résolution des membres est complète: coma, agonie; mort le 24 au matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Crâne très-épais, surtout en arrière, où la substance diploïque, d'un bon demi-pouce d'épaisseur, est recouverte en dedans et en dehors d'une lame compacte très-mince: diploé rouge, sinus gorgés de sang; membranes injectées, épaisses, s'enlevant par larges lambeaux; dure-mère très-

adhérente au crâne dans presque toute son étendue ; substance corticale rosée, présentant à sa surperficie, dans le lobe antérieur droit, une portion ramollie, couleur lie de vin, de trois lignes de diamètre sur une de profondeur : substance blanche piquetée, parsemée de points rouges, extrémités béantes des vaisseaux, et de chacun desquels la pression exercée par le bistouri fait suinter une gouttelette de sang : lobe antérieur droit moins consistant que le reste du cerveau, mais sans altération de couleur : plancher du ventricule droit très-consistant ; en pénétrant dans sa cavité, on aperçoit une tache jaune, à peu près circulaire, d'un demi-pouce de diamètre, formée par une membrane qui sépare le ventricule d'une cavité accidentelle qu'elle tapisse : les deux parois de cette cavité sont appliquées presque immédiatement l'une contre l'autre ; elles résistent à l'instrument ; mais la portion de substance cérébrale qui les entoure est ramollie, rouge, diffluente, dans une épaisseur de trois à quatre lignes. Cette altération, reste de l'hémorrhagie arrivée l'année dernière, est située à l'union du corps strié et de la couche optique, et occupe une égale étendue de ces deux corps : dans le lobe antérieur gauche, cicatrice d'un ancien épanchement, sans cavité, remarquable seulement par la résistance qu'elle oppose à l'instrument : le reste du cerveau, le cervelet et la protubérance sont sains.

Les plèvres offrent peu d'adhérences. La moitié postérieure du poumon droit est frappée d'hépatisation grise ; l'autre moitié est engorgée, mais crépitante : le poumon gauche est sain. Le ventricule gauche du cœur présente des parois hypertrophiées ; le droit est dilaté, et contient un caillot de sang noir. Pas d'ossification dans l'aorte.

L'estomac est rouge-brun ; sa membrane muqueuse est ramollie, surtout vers la grande courbure. L'intestin grêle et le gros intestin sont passivement injectés. Le bord antérieur du foie est atrophié, réduit à deux ou trois lignes d'épaisseur dans la portion correspondante à la vésicule : calculs biliaires ; ovaires cartilagineux dans la moitié de leur étendue ; vessie saine.

Je n'ajoute rien à cette observation, dont les conséquences se déduisent d'elles-mêmes.

V.e OBSERVATION.

Ramollissement du cervelet. — Ramollissement, traces d'anciens épanchemens dans le cerveau.

Charlotte Laforge, âgée de soixante-quinze ans, d'une constitution un peu altérée par l'âge, vint à l'infirmerie, il y a sept à huit mois, pour y être traitée d'une hémiplégie incomplète du côté gauche. Cette affection, s'il faut en croire les gens qui connaissent la malade, se serait développée graduellement; il n'y aurait eu ni chute, ni perte de connaissance, rien enfin de subit. Après quatre mois de séjour à l'infirmerie, Laforge en sortit non guérie, parlant avec une excessive difficulté, ayant beaucoup de peine à se servir de la jambe gauche, un peu moins à mouvoir le bras du même côté. Cet état a continué sans interruption jusqu'à ce jour; voilà ce qu'il y a de moins vague dans les renseignemens obtenus.

Le 13 février 1825, Laforge se plaint d'être très-enrhumée; elle semble affaissée : on l'admet à l'infirmerie. La parole est excessivement gènée, à grand'peine intelligible; la bouche est droite, la langue se dévie à gauche. Le bras gauche se meut lentement, la jambe gauche est presque immobile; la sensibilité de ces deux membres est moindre que celle des membres opposés. La malade accuse une douleur fixe dans la région temporale droite. La langue est sèche, rugueuse, brune; la soif vive, l'épigastre douloureux; pas de vomissemens; constipation. La respiration n'est pas très-gênée; la malade tousse peu, et avale ses crachats; la poitrine rend un son mat à la partie inférieure du côté droit; la respiration ne s'entend pas dans ce point. Pouls vif, irrégulier, intermittent; face colorée,

peau chaude et moite. (*Vésicat. à la nuque; dix sangsues au cou, autant sur le côté droit; délayans, diète.*)

Le soir, la malade est très-affaissée; somnolence; si l'on pince sa jambe gauche, elle se plaint et ne la meut pas. Le bras gauche, qui le matin pouvait arriver à la tête, quoique avec difficulté, reste à présent en chemin, et retombe. Le bras droit et la jambe droite se meuvent facilement. L'état des voies digestives, celui de la respiration et de la circulation n'ont pas changé. Douleur sous le sein droit; rougeur moindre de la face. Mort dans la nuit.

Autopsie. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang; les membranes n'offrent rien de remarquable; la couleur et la consistance de la majeure partie du cerveau ne sont point altérées. Dans le lobe antérieur droit, un peu en avant et en dehors du corps strié, existe une cicatrice dure, résistante, recouvrant une cavité oblongue, de la forme et de la grandeur d'un haricot, et que tapisse une membrane très-fine: la portion de substance cérébrale qui enveloppe cette cavité est jaune, ramollie. Sur la paroi interne, sur l'antérieure, et un peu sur l'externe du ventricule droit, on rencontre six ulcérations à bords irréguliers, assez profondes, demi-sphéroïdes, largement ouvertes et béantes dans cette cavité: il ne paraît pas qu'aucune membrane les tapisse. Plusieurs de ces ulcérations sont contiguës, séparées seulement par une crête dure, peu saillante: leur pourtour est très-dense; en y promenant le doigt, on croirait sentir des callosités. La portion du corps strié saillante dans le ventricule, le fond des ulcérations et la couche de substance cérébrale qui les avoisine sont jaunes, ramollis considérablement. Les membranes du cervelet sont injectées; son hémisphère droit est ramolli tout entier, comme pultacé, couleur lie de vin. La protubérance, l'origine de la moelle ne présentent rien de particulier.

Le poumon droit est splénisé en arrière et en bas; adhérences celluleuses assez fortes en ce point. Le cœur est hypertrophié; ossifications à l'ouverture auriculo-ventriculaire gauche et à l'orifice de l'aorte.

Rien de remarquable dans l'abdomen, si ce n'est l'injection passive des membranes muqueuses, résultant de l'affection du cœur.

Quelques-unes des propositions que j'ai avancées en commençant sont justifiées par cette observation.

VI.e OBSERVATION.

Ramollissement du cerveau. — Congestion et hémorrhagie cérébrales.

Marie-Jeanne Chauveau, âgée de quatre-vingt-quatre ans, assez bien conservée, est affectée depuis long-temps d'une hypertrophie des cavités gauches du cœur; de là un œdème des membres inférieurs qui rend la marche difficile. Depuis huit jours elle éprouve des maux de tête, des éblouissemens, des vertiges; cependant la gêne des membres abdominaux n'augmente pas, les membres thoraciques restent libres; l'appétit est moindre, la difficulté habituelle de respirer plus marquée.

Le 4 février 1825, vers trois heures de l'après-midi, Chauveau, assise auprès de son lit, tombe tout à coup; elle est relevée sans connaissance. La respiration est difficile, haute; les lèvres repoussées par l'air imitent le mouvement de celles d'une personne qui fume; la bouche est légèrement déviée à droite; le bras et la jambe gauches sont à peu près immobiles; quand on les pince, la malade les agite faiblement, et soulève le bras droit. Celui-ci, ainsi que la jambe du même côté, paraît sensible à une douleur beaucoup moindre; l'un et l'autre se meuvent moins lentement, et surtout dans une plus grande étendue. Les paupières sont fermées; en les soulevant, on aperçoit l'œil fixe, immobile, la pupille dilatée. La malade semble ne pas entendre; le pouls est rapide, fort, très-irrégulier, inégal, intermittent; la face rouge. On porte sur-le-champ Chauveau à l'infirmerie; dans le trajet, sa tête tombe sur sa poitrine, ses membres sont pen-

dans, aucun mouvement spontané ne s'exécute. On saigne du bras droit, la malade le retire et l'agite dès qu'elle sent la lancette ; l'instrument suit la veine, et une palette et demie de sang est tirée; mais des flocons graisseux venant boucher l'ouverture, on parle de saigner du bras gauche; la malade, par un mouvement de tête, paraît s'y refuser; la veine du bras guache est ouverte au même instant: au moment de la piqûre à peine un léger frissonnement se fait sentir, le bras reste immobile, et cède passivement à la torsion du tronc qui l'entraîne. Pendant que le sang coule, la respiration devient moins gênée, la malade ouvre les yeux, et répond par des signes de tête aux questions qu'on lui adresse. On remplit encore une palette et demie, et la face devenant pâle, la syncope imminente, on borne là l'émission sanguine. Le bras gauche pincé fortement frémit, et ne se meut pas; le bras droit vient pesamment à son secours, et retombe; la jambe droite s'étend, la gauche reste immobile. Quelques minutes plus tard, Chauveau grommèle quelques mots dont on n'entend que les voyelles, encore assez faiblement; elle a froid; la face est un peu pâle, le pouls moins fort qu'auparavant, les lèvres ne sont plus chassées par l'air. Interrogée si elle a le dévoiement, la malade fait signe que non. (*Orge, miel, crême de tartre.*) A neuf heures du soir, elle parle à peu près librement; mais la parole a quelque chose de brusque, d'anormal; l'intelligence paraît encore sous l'influence de la maladie. La jambe et le bras droits se meuvent presque comme dans l'état naturel ; la jambe gauche est plus engourdie; le bras gauche se meut avec une excessive difficulté, s'élève lentement, et retombe comme celui d'un homme qui soulèverait, par une de ses extrémités, une longue barre de fer. Le 5, pas de changement notable; la malade s'agite, crie, appelle; l'œil gauche est très-injecté; la peau est médiocrement chaude; le pouls peu fort, peu rapide, très-irrégulier; langue blanche, sèche, rugueuse; nulle douleur avouée au ventre ni à l'épigastre; constipation. Rien de changé le 6, si ce n'est peut-être que le bras gauche est un peu plus immobile. (*Vésicatoire à la nuque.*)

Le 7, le bras gauche est à peine sensible; la jambe du même côté reste stationnaire; face injectée; pouls fort, vibrant; intelligence comme la veille; mais il n'y a plus de loquacité. Le 8, on a cru, la veille, remarquer un peu de contracture dans le bras gauche: cette observation ne se soutient pas. La langue est rouge, sèche, rugueuse; l'épigastre douloureux; la constipation persiste. Le 9, face moins colorée, somnolence. Le 10, même état. Le 11, le côté gauche de la lèvre inférieure est tombant; les pupilles ne sont pas dilatées; le bras gauche n'est pas contracté. Le 12, la parole est embarrassée; la jambe gauche perd de sa mobilité. Le 14, la malade a été très-agitée la nuit; le jour, somnolence. Les deux membres paralysés sont assez sensibles, moins cependant que ceux du côté opposé. Respiration obscure; gargouillement léger, peu distinct, et ne se faisant entendre que par intervalle à la partie inférieure de la poitrine; pas de toux. La langue est toujours sèche et brune; douleur vive à l'épigastre, constipation. Pouls médiocrement fort, inégal, excessivement irrégulier; peau chaude, face colorée; délire. Le 15, le délire continue; cependant la malade revient à elle dès qu'on lui parle, et répond assez juste. Le 17, le bras gauche, pincé fortement, se meut à peine; il n'y a pas de contracture; la jambe gauche est un peu moins affectée, sa sensibilité est moins obtuse, ses mouvemens moins circonscrits que ceux du bras. Les membres du côté droit n'offrent rien de particulier; la lèvre inférieure est pendante, l'œil gauche fermé, la conjonctive du même côté très-injectée; la parole difficilement intelligible, le délire moins bruyant, mais l'intelligence très-affaissée; la malade répond lentement, à peu près juste, et répète la question qu'on lui adressait, et la réponse qu'elle a faite. Du côté du canal digestif, rien de changé. Deux escarrhes qui existent depuis plusieurs jours, l'une au sacrum, l'autre au mollet (à la suite de la vésication produite par un sinapisme), sont prêtes à se détacher. Le 18, les escarrhes tombent, les plaies qu'elles laissent à découvert ont le plus mauvais aspect. Le 20, même état, résolution commençante; agonie pendant la nuit; mort le 21, au matin.

Autopsie trente heures après la mort. Peu de sang s'écoule à l'ouverture du crâne; les membranes sont légèrement injectées, épaissies, et s'enlèvent par larges lambeaux. En général, le cerveau est assez dense; la substance corticale est rosée; quelques stries violettes se font remarquer sur la substance blanche. La moitié postérieure et inférieure du lobe postérieur droit est ramollie, presque pultacée, jaune-verdâtre. En dehors du corps strié droit se trouve une cavité elliptique, de l'étendue d'un haricot, tapissée par une membrane jaunâtre, et remplie par un caillot sanguin dont une partie paraît déjà résorbée. Le corps strié, autour de la cavité, est ramolli dans la cinquième partie à peu près de sa totalité. La couche optique est saine; l'hémisphère du cerveau, le cervelet, la protubérance et la moelle allongée paraissent dans l'état normal.

La cavité gauche du thorax renferme de la sérosité purulente; la plèvre est rosée, couverte, dans son feuillet pulmonaire, de pus commençant à se concréter en membrane, le poumon est engorgé en arrière. Rien de particulier dans l'autre côté de la poitrine. Le cœur est très-volumineux, ramolli, épaissi quant à ses parois, plein de sang noir, adhérent de toutes parts au péricarde par des brides celluleuses très-serrées. Ossification légère aux valvules aortiques, très-marquée à la grande courbure de l'aorte, après la naissance de l'artère sous-clavière gauche; rétrécissement de l'aorte au-dessous du point ossifié.

L'estomac et l'intestin sont rosés, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; arborisations légèrement marquées. Le foie est sain.

Cette observation est longue; certains détails pourront même paraître inutiles; toutefois c'est au moyen de ces détails qu'on fixe dans sa mémoire ce qu'on a vu, et qu'on le fait voir aux autres. Au moment où Chauveau entra à l'infirmerie, le ramollissement du lobe postérieur droit du cerveau avait sans doute déjà commencé, et la paralysie, qui devait en être le résultat, était peut-être trop peu mar-

quée pour que les gens de service y fissent attention ; la malade ne put donner aucun renseignement là-dessus. Le 4 février, une hémorrhagie peu étendue a lieu dans le corps strié droit : elle doit produire une paralysie imcomplète de la jambe gauche ; mais au même instant une congestion générale vient tout masquer. Cependant, tandis qu'une émission sanguine dégage tout le côté droit du corps avec une extrême promptitude, le bras gauche reste presque immobile, la jambe gauche ne recouvre qu'incomplètement la faculté de se mouvoir ; d'ailleurs, la paralysie générale produite par la congestion a été bien plus marquée du côté gauche que du droit, circonstance ordinaire dans les cas où la congestion vient compliquer une affection cérébrale préexistante : dès-lors il devient évident qu'une complication de ce genre a eu lieu, et l'on est conduit à penser qu'une hémorrhagie s'est faite dans l'hémisphère droit du cerveau. A voir la jambe gauche recouvrer en partie sa mobilité dans un espace de temps assez court, on pourrait croire que la portion cérébrale qui la tient sous sa dépendance, a été seulement comprimée par l'épanchement ; mais bientôt l'amélioration s'arrête, les symptômes et la marche du ramollissement se décèlent : le bras au contraire n'a rien gagné au milieu de l'amélioration générale ; son état n'a pas cessé d'empirer, même dans les premiers jours, lorsque le membre inférieur paraissait revenir à l'état normal : donc l'affection générale qui le paralyse n'est pas la même que celle qui paralyse la jambe. Il existe deux affections distinctes ; les symptômes et la marche de l'une et de l'autre sont identiques ; mais la cause diffère : l'une est un ramollissement primitif ; l'autre un ramollissement consécutif de l'hémorrhagie, et développé autour du foyer de l'épanchement. Telles furent les conclusions du maître, et l'évènement les vérifia.

VII.e OBSERVATION.

Tubercule du cervelet. — Hydrocéphalite. — Ramollissement de la moelle épinière.

Marie-Victoire Beauvalet, âgée de seize ans, d'une petite taille, d'une constitution lymphatique, présentant les caractères généraux du scrophule, non encore réglée, paraît avoir joui jusqu'à treize ou quatorze ans d'une bonne santé. A cette époque elle fut prise de saignemens de nez, puis de vomissemens de matières jaunâtres, probablement bilieuses; bientôt après céphalalgie violente dans la région frontale, obscurcissement progressif de la vue, puis amaurose complète. A cette occasion, des purgatifs, un vésicatoire à la nuque sont mis en usage, des sangsues sont appliquées aux tempes à plusieurs reprises. Chacun de ces moyens semble affaiblir la douleur de tête qui, chaque fois, reprend bientôt sa première intensité; la cécité persiste. Alors la malade est conduite à l'hôpital d'Orléans; on lui pratique un séton à la nuque; on lui administre l'émétique en lavage; deux vers sont rendus par le vomissement: un vésicatoire est appliqué à la tempe droite, du côté opposé à celui où la céphalalgie est le plus intense. Cependant, le mouvement des extrémités inférieures se perd progressivement, et la malade est admise à la Salpêtrière.

Là, elle se plaint d'une céphalalgie violente; elle ne marche qu'à l'aide d'un bâton, ou en s'appuyant sur un bras; mais souvent ses jambes ploient tout à coup sous elle, et elle tomberait si elle n'était soutenue. Les personnes qui la surveillent croient avoir observé que les chutes sont d'autant plus fréquentes que la malade est levée depuis plus long-temps; et elle-même prétend être avertie de leur imminence par une augmentation subite de la douleur frontale. Elle entre dans cet état à l'infirmerie, le 2 janvier 1824. La céphalalgie paraît revenir à des heures fixes; des sinapismes, appliqués aux jambes avant l'accès, semblent d'abord le retarder un peu, puis en diminuer

l'intensité ; plus tard, ils restent sans effet. Le quinquina, administré comme anti-périodique, échoue aussi ; un vésicatoire appliqué à la nuque, n'a pas plus de succès. La faiblesse des extrémités inférieures va en augmentant ; la jambe droite semble plus affectée. Quand la malade marche, si l'on cesse un instant de la soutenir, son corps éprouve un mouvement de torsion par lequel la jambe droite fléchissant plus que la gauche, la partie correspondante du tronc est portée en avant et en bas : les bras ne présentent aucune altération ; la sensibilité paraît intacte. Au mois de mars 1824, la malade ne marche plus, elle a même de la peine à se remuer dans son lit ; les mouvemens du bras droit deviennent gênés, les extrémités sont froides, la sensibilité intacte. En mai, les jambes sont absolument immobiles ; l'état général se soutient assez bien. Rien de particulier dans le mois de juin. Au mois de juillet, la douleur de tête, d'abord plus marquée à gauche, s'étend à droite ; elle y acquiert une grande intensité ; le bras gauche se meut difficilement : on a vu plus haut l'état des jambes. Le 20 août, la langue est embarrassée, la malade parle difficilement ; elle devient chagrine, criarde. Le 23, tout le côté gauche est immobile, la sensibilité y est intacte. Le 24, les règles paraissent pour la première fois, la parole semble moins gênée. Le 25, les règles s'arrêtent ; des cataplasmes sinapisés appliqués sur les cuisses, ne les rappellent pas. Le 4 septembre, mouvemens convulsifs généraux ; mais beaucoup plus marqués à droite : les yeux sont ouverts, dirigés en haut, ils se tournent par saccades de droite à gauche et de bas en haut, puis reviennent lentement à leur situation naturelle, pour être convulsés de nouveau ; ils restent ouverts et fixes dans les intervalles des convulsions : le bras droit se tord et s'agite. Inappétence, vomissement de matières jaunes, verdâtres et brunes. Au mois d'octobre, les yeux sont fixes, immobiles ; la tête est renversée en arrière ; la malade ne peut plus se remuer, pas même pour chasser les mouches dont elle est couverte ; mais la sensibilité paraît très-exaltée. La parole est très-embarrassée, les sons à peine articulés : les vomissemens continuent ; cependant les alimens solides, donnés

par petits morceaux, ne sont pas rejetés, si l'on a soin de ne faire boire la malade qu'une demi-heure après leur ingestion. Cet état s'aggrave lentement.

Au mois de janvier 1825, le mal a fait de nouveaux progrès. Le 20, les conjonctives sont injectées, les sclérotiques d'un rose uniforme, l'œil entr'ouvert, fixe, tourné en haut, la bouche ouverte, les dents fuligineuses, la langue sèche et noire, la déglutition pénible, surtout celle des liquides (alors la face devient rouge, et la suffocation semble imminente); l'appétit est nul, la malade ne prend plus qu'un peu de confitures, les vomissemens ont cessé; le ventre et l'épigastre ne paraissent pas douloureux; selles régulières: rien vers la poitrine. Les yeux ne sont plus agités de mouvemens convulsifs; le cou est roide, inflexible; le moindre mouvement qu'on lui imprime arrache des cris: la sensibilité des membres est exaltée au dernier point. Au plus léger pincement, le visage de la malade s'altère, elle rougit, crie, mais reste immobile: le bras droit est tendu, roide, sans mouvement, on a peine à le fléchir, et ensuite à le ramener à son état d'extension; le bras gauche présente les mêmes phénomènes, seulement il est plus sensible: l'un et l'autre sont étendus sur les côtés du corps, dans une pronation forcée; les doigts sont crochus, serrant assez fortement, mais avec lenteur et d'une manière graduelle, un corps qu'on glisse entre eux; les deux dernières phalanges sont seules fléchies, la première reste parallèle à la main: les jambes sont à peine fléchies, roides ainsi que les bras, et sensibles à l'excès: la malade est comme jetée dans son lit, immobile, et retombant toujours sur le côté gauche: le pouls est presque insensible, vermiculaire, lent; la peau chaude, la face un peu colorée, la parole inintelligible, les traits portant l'empreinte de la douleur; ils ne sont pas autrement altérés: l'embonpoint est médiocre, les chairs pâles, sans flaccidité; l'attitude générale exprime le plus grand affaissement: agonie la nuit; mort le 24, à six heures du matin.

Autopsie vingt neuf heures après la mort. Crâne très-mince, surtout dans les régions temporales, dans les frontales et pariétales, si-

nus remplis de sang : les membranes du cerveau n'offrent rien de remarquable, si ce n'est quelque adhérence de la pie-mère à la substance grise : circonvolutions aplaties, comme déplissées ; fluctuation manifeste dans l'hémisphère gauche du cerveau, et dans le lobe correspondant du cervelet ; amincissement considérable de la substance cérébrale supérieure au ventricule ; elle est réduite à un pouce d'épaisseur à la partie antérieure, à un demi-pouce à la partie moyenne, à un quart de pouce à la partie postérieure de l'hémisphère : dilatation des deux ventricules latéraux, par une livre et quart environ de sérosité citrine : le troisième ventricule est également dilaté, il pourrait contenir une noix ; communications entre les ventricules très-prononcées ; *septum lucidum* intact ; quatrième ventricule dilaté au point d'admettre une plume de cygne ; aqueduc de SYLVIUS *idem*. La substance du cerveau ne présente aucune autre altération.

Le quatrième ventricule se continue avec une cavité accidentelle existant dans l'hémisphère gauche du cervelet, et contenant à peu près deux onces de sérosité ; une cavité semblable, mais moins grande, occupe l'hémisphère droit. Ces deux cavités sont séparées par une masse tuberculeuse, de volume et de la forme d'un œuf de canne, située à la partie moyenne du cervelet, plus à droite qu'à gauche, très-adhérente dans quelques points, facile à détacher dans d'autres, recouverte d'une membrane fine, rougeâtre ; déplissant les lobes cérébelleux, surtout le droit, mais n'altérant pas leur substance ; consistante, friable comme le foie ; bosselée çà et là, jaune de souffre à l'intérieur et partout homogène.

La membrane qui enveloppe le bulbe rachidien présente un tubercule gros comme un haricot, consistant, facile à séparer de la substance nerveuse sur laquelle il laisse une empreinte. D'autres tubercules existent encore à la base du cerveau dans l'épaisseur de l'arachnoïde ; le plus considérable n'excède pas le volume d'une lentille. Rien dans la protubérance annulaire ; nerfs optiques aplatis, atrophiés, réduits presque à leur névrilème, transparens, surtout entre leur entrecroisement et l'orbite.

Sur la face postérieure de la moelle épinière se trouvent deux fentes longitudinales, parallèles, situées chacune sur un des faisceaux latéraux, commençant à un pouce au-dessous des pyramides, et s'étendant trois ou quatre pouces plus bas. En pénétrant dans ces fentes, on découvre deux cavités aussi longitudinales et parallèles, occupant les deux tiers inférieurs de la région cervicale. A peu près au niveau de la première vertèbre dorsale, ces deux cavités n'en forment plus qu'une seule, qui, située sur la ligne médiane, envahit le tiers supérieur de la région dorsale. Le tout ensemble constitue une cavité continue, en forme d'Y, d'un diamètre égal à celle d'une plume d'oie, divisée supérieurement par une cloison médiane. Les parois en sont formées par la substance grise, ramollie, comme pultacée, offrant une couleur nuancée de blanc, de rouge et de jaune. La portion de substance blanche, située derrière la cavité, présente la même altération ; de sorte qu'après une incision longitudinale les deux faisceaux se renversent et tombent presque diffluens. Toutefois les fibres antérieures ont conservé leur densité et leur couleur naturelle, et on les enlève, comme à l'ordinaire, par longs faisceaux. Les deux tiers inférieurs de la moelle dorsale sont sains ; les deux substances conservent leur couleur et leur consistance normales qui succèdent brusquement à l'altération placée au-dessus. La région lombaire offre, comme la cervicale, une cavité dont les parois sont formées de substance grise ramollie, mais rouge ; les fibres antérieures de la substance blanche sont dans leur état physiologique. Les deux cavités que je viens de décrire sont isolées, ne contiennent point de sérosité, et se terminent en haut et en bas par des culs-de-sac.

Rien de remarquable dans les membranes, si ce n'est qu'à la partie antérieure de la moelle, sur le faisceau latéral droit, au milieu de la région cervicale, existe dans l'arachnoïde une petite tumeur grise, consistante, circulaire, aplatie en forme de disque, du diamètre d'une lentille, comprimant la substance nerveuse sur laquelle elle laisse une empreinte légère.

Poumons rosés, pâles, crépitans; légères adhérences de la plèvre droite; cœur sain.

Estomac rétréci, contracté; sa membrane muqueuse est parsemée de points noirâtres qui semblent fournir du sang. Intestin grêle injecté à l'extérieur, colon dilaté, mais blanc ainsi que le reste du gros intestin. A l'intérieur, rougeur variable, injection disposée soit en arborisations, soit en plaques d'un rouge vif. Ces dernières sont au nombre de douze ou quinze depuis le milieu de l'intestin grêle jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Quelques-unes sont pâles, composées de granulations miliaires; la partie inférieure de l'œsophage est un peu injectée. Les autres organes sont sains.

La maladie que je viens de décrire est du nombre de celles où la multiplicité des altérations pathologiques trouvées après la mort laisse dans le doute sur le rôle que chacune d'elles a joué dans la production des phénomènes observés pendant la vie. Les deux premiers symptômes qu'on voit paraître sont une céphalalgie intense, plus marquée à gauche qu'à droite, et une amaurose : bientôt se montre un affaiblissement des membres inférieurs, plus prononcé à droite qu'à gauche; plus tard la douleur frontale se déplace et passe à droite; en même temps la jambe gauche s'engourdit; enfin tous les membres se paralysent ou se convulsent, La constitution de la malade, la marche de la maladie, dénotent la présence d'un tubercule. Mais où est-il situé? Probablement à la partie antérieure du cerveau, où il a comprimé successivement les nerfs optiques; puis l'un et l'autre des deux hémisphères cérébraux. Tout semble l'indiquer, le siége de la douleur, la paralysie des nerfs optiques, l'affaiblissement successif des deux jambes (1). Nous sommes d'autant plus portés à le croire que, tout récemment dans la division des aliénées, une femme a présenté les mêmes symptômes, à l'amau-

(1) Je ne sais si ce fut là l'opinion de M. *Rostan*.

rose près ; sa constitution éloignait l'idée du tubercule, et faisait naître celle du cancer ; et, à l'ouverture du corps, nous avons trouvé les deux lobes antérieurs du cerveau cancérés. Rien d'analogue n'a lieu chez Beauvallet. D'où provenait donc la douleur si forte, si constante, dont elle n'a cessé de se plaindre? De l'affection qui a paralysé les nerfs optiques? Mais quelle est cette affection? L'hydrocéphale existait-elle déjà? La sérosité épanchée dans le ventricule comprimait-elle la couche optique? Mais alors pourquoi les nerfs optiques ne sont-ils pas atrophiés depuis leur origine? L'engourdissement de la jambe dépend-il de la compression du corps strié? Mais, dans ce cas, la couche optique serait également comprimée ; et la paralysie des extrémités supérieures n'arrive que vers la fin de la vie de la malade : ou bien l'épanchement n'est-il que le résultat de la présence d'un tubercule dans le cervelet? alors d'où provient la paralysie des membres? Celle des bras dépend-elle de la compression exercée sur les hémisphères cérébelleux, ou de celle qu'ils exerceraient eux-mêmes sur les lobes postérieurs du cerveau, malgré la résistance de la tente du cervelet? Ou bien enfin résulte-t-elle seulement du ramollissement de la moelle cervicale? Mais ce ramollissement paraît plus avancé que celui qu'on rencontre dans la moelle lombaire ; et cependant l'affaiblissement des jambes a précédé dès-long-temps celui des bras. Faudrait-il admettre que, dans la région cervicale, les filets qui ne font que passer pour se rendre aux parties inférieures, ont été les premiers ramollis? Mais alors comment un si long intervalle s'est-il écoulé entre leur altération et celle des filets qui vont se rendre aux extrémités supérieures? En un mot, quel est, dans ce cas, le rapport précis entre les lésions organiques et les symptômes auxquels elles ont donné naissance? Je n'en sais rien, absolument rien ; et je me contenterai de faire les remarques suivantes :

1.° Si la céphalalgie doit être rapportée à la lésion organique la plus grave, elle devait provenir du tubercule. Mais comment une maladie de la partie postérieure de la tête produit-elle une douleur

frontale? Quoi qu'il en soit, dans les affections profondes du cerveau, il n'est pas rare de voir le malade n'indiquer que vaguement le lieu où il souffre. Plus la maladie est centrale, plus une indication précise est difficile; car alors le foyer du mal est à une distance à peu près égale de tous les points de la périphérie du crâne.

2.° Il paraîtrait que les causes de compression, qui agissent brusquement et avec force, déterminent instantanément la paralysie, et que la contracture tient à l'état des parties voisines, moins fortement comprimées ; tandis que les causes comprimantes, qui agissent avec lenteur, amènent d'abord les convulsions. Est-ce par suite de l'inflammation qu'elles produisent?

3.° On a vu que plusieurs tubercules avaient été trouvés dans l'arachnoïde. Existerait-il, à la surface de cette membrane, des ganglions ou des glandes, imperceptibles dans l'état sain, et, comme les mésentériques, susceptibles de la dégénération tuberculeuse?

4.° La coïncidence de la perte des mouvemens avec l'altération des fibres postérieures de la moelle, et de la conservation de la sensibilité avec l'intégrité des filets antérieurs appuie l'opinion des médecins qui pensent que les premiers servent au mouvement, les seconds au sentiment.

5.° Lorsqu'une des extrémités inférieures est paralysée seule, le membre opposé restant sain, on est tenté de chercher la cause de la paralysie ailleurs que dans la moelle, parce que cet organe est si étroit, qu'il semble difficile qu'une cause comprimante agisse sur une de ses moitiés sans intéresser l'autre. Le tubercule lenticulaire trouvé, dans l'autopsie de Beauvalet, sur le faisceau latéral droit de la moelle cervicale, et y laissant une légère empreinte, doit prémunir contre ce que cette opinion aurait de trop exclusif.

6.° On a dit que l'exaltation de la sensibilité et la contracture des muscles de la région postérieure du cou étaient des symptômes de lésion du cervelet. L'observation suivante prouvera que le cervelet peut être étranger à ces phénomènes.

VIII.e OBSERVATION.

Tumeur d'apparence fibreuse du cerveau.

Louise-Claudine René, âgée de soixante-quinze ans, d'un tempérament fort altéré par la vieillesse, ayant la poitrine étroite et la colonne vertébrale courbée à droite, se plaint depuis quelques jours de malaise, de nausées, de douleurs vagues dans les membres. Le 24 février 1825, elle est admise à l'infirmerie. On l'examine avec le plus grand soin. La langue est sèche, rouge, fendillée, couverte çà et là d'un enduit blanchâtre; soif vive, inappétence, envies de vomir, pas de vomissemens; coliques renaissant de distance en distance; la pression exercée sur le ventre y fait circuler des gaz; cependant il n'est ni tendu ni douloureux; constipation. Au dire des infirmières, la malade ne retient pas ses urines; mais la vessie est distendue, l'urine coule par regorgement; on a recours au cathétérisme : respiration difficile, à cause d'une affection du cœur; toux assez pénible, crachats du catarrhe; pouls assez fort, un peu accéléré; peau chaude, face médiocrement injectée, céphalalgie violente, intelligence affaiblie, faiblesse des extrémités inférieures, depuis peu de temps seulement; paralysie ancienne des deux bras, avec flexion très-forte des doigts, surtout à gauche, (*Délayans, lavemens, diète.*) Le 25, rien de changé. Le 26, urines jumenteuses, analogues à de la bière tournée, coulant librement, d'une manière involontaire. Le 27, coliques moindres; pouls petit, rapide; la malade demande à manger. Le 28, délire pendant la nuit, perte de la mémoire; la malade ne sait où elle est, ni quand elle y est venue. (*Même régime*).

Le 1.er mars, la langue est humide, couverte d'un léger enduit grisâtre; les villosités en sont très-marquées; point de douleur au ventre; constipation; chaleur vive à la plante des pieds. Le 3, les réponses de la malade semblent plus précises; la soif est très-vive.

Le 4, la constipation persiste, la céphalalgie augmente; les coliques sont revenues. Le 5, même état. (*Lav. huileux*). La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun symptôme d'affection du poumon ou de la plèvre; à peine la malade tousse-t-elle. Les battemens du cœur sont réguliers, égaux : il en est de même du pouls; la peau est chaude. La céphalalgie est intense, l'intelligence plus affaiblie; la malade délire toujours la nuit; elle n'a plus de mémoire, et demande sans cesse des alimens : l'œil droit s'ouvre moins que le gauche; et la sensibilité du bras droit paraît plus vive que celle de l'autre. Tous deux se meuvent lentement, mais également : les denx jambes sont peu mobiles. Rien de nouveau le 6. Le 7, on obtient une selle à l'aide d'un lavement avec le miel mercurial. Le 8, au matin, rien de changé : à quatre heures du soir, la face est injectée, la céphalalgie violente, le pouls rapide et développé. Cependant on comprime assez fortement l'abdomen sans que la figure de la malade laisse soupçonner la moindre souffrance : le ventre est souple, quoique la constipation persiste; la percussion de la poitrine donne partout un son clair; la respiration, quoique assez faible, s'entend également partout; aucune douleur ne se fait sentir dans le thorax. Le 10, la malade se plaint d'être en feu, surtout à la plante des pieds; alternative de somnolence et de délire avec loquacité. Le reste comme les jours précédens. Le 11, rigidité du cou. La tête est renversée; la malade, au lieu de la fléchir, soulève la tête et le tronc : elle se plaint si l'on cherche à vaincre l'effort des muscles postérieurs du cou : cette partie lui fait mal, dit-elle, *comme si elle avait dormi à faux*. Le 12, on trouve la malade assoupie, l'œil droit fermé et le gauche ouvert; le bras droit arrive plusieurs fois à la tête plus lentement que l'autre. Les lavemens avec le miel mercurial peuvent seuls vaincre la constipation. Le 14, les facultés intellectuelles continuent à baisser; les réponses sont lentes, incertaines, contradictoires. La langue est d'un rouge brun, sèche, rugueuse, gercée, crispée; soif ardente. Interrogée si elle

souffre dans le ventre, la malade répond oui et non : la pression exercée sur cette partie ne fournit aucun indice : constipation, urines fréquentes, copieuses, involontaires. La respiration est précipitée; l'exploration de la poitrine et des mouvemens du cœur fournit les mêmes résultats que ci-dessus. Le soir, paroxysme violent; le pouls est fréquent, tendu; la peau brûlante, le visage en feu, la céphalalgie atroce. Le corps entier, surtout les parties supérieures, sont baignés de sueur. Plus tard, somnolence, stupeur, hébétitude. Le 15, les yeux sont fermés, quelquefois le gauche s'entr'ouvre : l'un et l'autre se meuvent avec lenteur, sont assez brillans, mais sans expression; larmes abondantes. Les muscles sternomastoïdiens sont tendus; la tête fortement renversée, immobile; si l'on cherche à la mouvoir, la malade se plaint, et la ramène lentement à sa première position. Les muscles du dos sont roides aussi; on fléchit difficilement le tronc; et quand on l'abandonne à lui-même, il s'en retourne lentement en arrière. Les deux bras sont fléchis; ils se laissent étendre assez aisément; si on les laisse libres alors, ils se fléchissent de nouveau par petites saccades, quelquefois interrompues par un mouvement passif de pronation. Arrivés à la demi-flexion, les avant-bras restent suspendus, errans, d'autres fois fixes; leurs mouvemens ressemblent à ceux d'une machine à ressorts détraqués. Ces phénomènes sont plus marqués à droite qu'à gauche. Les extrémités inférieures sont tendues, les orteils, surtout les deux gros, fortement étendus. La sensibilité des jambes est exaltée; on les fléchit avec peine; avec peine aussi peut-on les ramener à l'extension; ces mouvemens arrachent des plaintes. La sensibilité des bras ne paraît altérée ni en plus ni en moins. Décubitus sur le dos, immobilité absolue, si ce n'est du bras droit et quelquefois aussi du gauche. Rien de remarquable aux pupilles. (*Saignée de deux palettes.*) Le 16, comme la veille; le pouls s'affaiblit le soir; pendant la nuit, une selle abondante a eu lieu. Le 17, coliques, dévoiement; toux fréquente, son mat à la partie postérieure et inférieure droite de la poitrine.

(*Vésicat. à la nuque.*) Jusqu'au 22, rien de remarquable, si ce n'est que les paroxysmes deviennent irréguliers; quelquefois l'exacerbation commence dès six heures du matin. Le bras droit semble exécuter des mouvemens moins étendus que le gauche; la jambe droite est immobile, la gauche se soulève un peu. Du reste, la sensibilité et le mouvement offrent le même rapport qu'auparavant. Le 25, à six heures du matin, la malade est à l'agonie, les deux bras sont immobiles, contractés; soulevés, ils retombent moins pesamment que dans la résolution complète; mais le pincement le plus fort n'y détermine pas de mouvement. Les yeux sont fermés, la mâchoire inférieure tombante; la malade ne répond plus; elle semble souffrir quand on soulève la paupière gauche: elle est impassible pour la droite; le col est toujours roide; la tête renversée, inclinée à gauche; les pupilles sont dilatées, les jambes immobiles. Le pouls est précipité, petit; la peau chaude, baignée de sueur. Le dévoiement a persisté jusqu'à présent. Mort à onze heures.

Autopsie quarante-deux heures après la mort. Les sinus sont gorgés de sang; l'arachnoïde est injectée; elle s'enlève facilement, surtout au voisinage d'une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, irrégulièrement sphérique, située sur le bord gauche de la scissure médiane, à-peu-près au niveau de la partie moyenne du ventricule, recouverte par la dure-mère, mais ne la soulevant pas, n'ayant altéré ni sa forme, ni sa texture, ni sa couleur; ne laissant aucune impression sur le crâne, se logeant au contraire tout entière dans une excavation de l'hémisphère gauche du cerveau, séparée du ventricule correspondant par une lame que forment les deux substances cérébrales amincies, réduites à deux ou trois lignes d'épaisseur, jaunâtres à la surface extérieure seulement. Cette tumeur est formée par un kyste assez épais, développé entre la dure-mère et l'arachnoïde, très-adhérent à la première de ces deux membranes, entraînant la seconde quand on le tire, et laissant à nu la substance cérébrale, sans l'altérer, hormis près de la scissure, où la portion grise se détache

avec lui. Il contient une matière blanche, solide, analogue à celle des tumeurs de la matrice qui vont passer à l'état fibreux; il est sans pédicule, et ne paraît uni aux parties voisines que par du tissu cellulaire dont la densité varie suivant les divers points, comme il a été dit plus haut. La substance corticale de l'hémisphère gauche est fortement rosée, la médullaire piquetée; et cela d'autant plus qu'on approche davantage de la tumeur. Dans le corps strié gauche existe une cavité de l'étendue d'un haricot, trace d'un épanchement sanguin; une cicatrice se rencontre dans le lobe postérieur du même côté. A droite, même altération générale des deux substances, moins prononcée qu'à gauche; cicatrice dans le lobe postérieur. La consistance des deux hémisphères est normale, excepté dans le voisinage de la tumeur. Le cervelet et ses membranes sont un peu injectés. La protubérance annulaire et la moelle allongée sont saines.

Le poumon gauche est dans l'état physiologique; engorgement léger à la partie postérieure du droit. Cœur pâle, mou, sans hypertrophie, sans ossification. Quelques points isolés de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont injectés, peut-être ramollis. Le foie, la matrice, la vessie n'offrent rien de particulier.

Dès l'entrée de la malade on reconnaît la paralysie incomplète des deux bras que les gens de service assurent être ancienne. La difficulté à marcher est, disent-ils, plus récente. Cependant elle ne fixe pas assez l'attention; les symptômes généraux frappent davantage. Mais bientôt l'absence complète de phénomènes morbides du côté de la poitrine, même de ceux de l'hypertrophie du cœur qu'on avait d'abord soupçonnée sur la gêne de la respiration, et plus encore sur l'âge de la malade, le peu de gravité des symptômes que présente l'abdomen font chercher ailleurs la cause de la fièvre, du délire, etc. Cette cause doit être dans le cerveau même. La paralysie incomplète des bras tient à d'anciennes hémorrhagies, autant qu'on en peut ju-

ger par les rapports des gens de service ; mais la contracture des muscles fléchisseurs des doigts ne provient-elle pas d'une altération plus récente ? On eût pu résoudre cette question si l'on avait su au juste que les deux bras n'avaient pas été paralysés ensemble, et que deux hémorrhagies successives avaient eu lieu ; car il eût été difficile de croire que deux inflammations ou deux ramollissemens se développassent à la fois et marchassent simultanément autour de deux foyers éloignes l'un de l'autre. Ces données manquant, on ne put arriver à la solution. Mais bientôt la sensibilité du bras droit s'exalte ; la contracture s'étend des muscles de l'avant-bras à ceux du bras ; des mouvemens cataleptiques ont lieu dans les deux extrémités supérieures ; les muscles du cou se roidissent, et ces phénomènes ne sont plus explicables par le seul ramollissement. En même temps la jambe droite se paralyse tout-à-fait, la gauche la suit de près, et dans tout cela rien de brusque, tout est gradué, tout suit une marche uniforme, tout semble dépendre d'une seule et même cause. Quelle est cette cause ? il serait téméraire de prononcer. Quel est le siége qu'elle occupe ? il n'est pas non plus aisé de l'assigner. Serait-ce un ramollissement de la moelle épinière près de son origine ? Mais le ramollissement ne donne pas lieu à l'exaltation de la sensibilité, aux mouvemens cataleptiques ; d'un autre côté une lésion de l'origine de la moelle peut-elle donner la paralysie de la paupière ? Il est difficile de l'affirmer ou de le nier ; nous ne savons pas jusqu'où se prolongent les origines des nerfs trijumeaux, et si elles ne pourraient pas être comprimées par une tumeur, par exemple, située près du sillon où commencent les pyramides et les corps olivaires ? Pour quelques personnes l'existence du délire, déjà très-marquée avant que la paralysie fût complète, indiquerait une altération qui marche de la substance grise à la substance blanche. Cette hypothèse n'est peut être pas la moins fondée de toutes celles qu'on peut faire. Enfin l'autopsie vient tout éclaircir.

L'affaiblissement des deux bras provenait des deux épanchemens

situés dans les lobes postérieurs. La contracture, l'excès de sensibilité, les mouvemens cataleptiques des deux membres supérieurs, la roideur des muscles, des jambes, et peut-être encore la chaleur brûlante à la plante des pieds dépendent de la présence d'une tumeur qui comprime à la fois, quoique inégalement, les deux couches optiques et les deux corps striés. Si l'hémorrhagie du corps strié gauche est antérieure à la compression produite par la tumeur, la jambe droite a dû s'affaiblir avant l'autre, sinon les effets de l'épanchement ont dû être masqués par la paralysie préexistante. Je ne pense pas que l'emprosthotonos et l'exagération de la sensibilité dépendissent de l'injection légère du cervelet.

Il est facile sans doute d'établir ainsi le diagnostic, le scalpel à la main; mais ce n'est qu'en descendant des lésions aux symptômes, qu'on apprend à remonter des symptômes aux lésions.

Peut-être aussi m'accusera-t-on de manquer, en exposant cette théorie, à la promesse que j'ai faite en commençant de ne hasarder aucune idée nouvelle; mais tant de faits ont confirmé dans l'opinion que j'avance les nombreux élèves qui suivent la Salpêtrière, qu'elle n'est plus pour eux qu'une chose simple et rebattue.

Mon intention était d'abord, non-seulement de citer ici un bien plus grand nombre de ces faits; mais encore de transcrire des observations curieuses de maladies des autres cavités. Je vois que je m'étais fait une idée très-fausse de l'étendue d'un pareil travail, et je me hâte de finir, trop heureux si déjà je n'ai pas abusé du temps et de la patience de mes juges!

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Bosquillon).

I.

Senes facillimè jejunium ferunt: secundum eos ætate consistentes; minimum adolescentes: omnium verò minimè, pueri; atque inter ipsos qui sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque salutis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Cibus et potus paulò pejor; suavior autem, melioribus quidem, sed insuavioribus, anteponendus. *Ibid.*, *aph.* 38.

IV.

Sub cane, et ante canem, molestæ sunt purgationes. *Sect.* 4, *aph.* 5.

V.

In febribus acutis convulsiones, et circà viscera dolores vehementes, malum. *Ibid.*, *aph.* 66.

VI.

Mensibus copiosioribus profluentibus morbi contingunt, et non prodeuntibus ab utero, morbi eveniunt. *Ibid.*, *aph.* 57.

VII.

Renum, et quæcumque vesicæ vitia, in senibus ægrè curantur. *Sect.* 6, *aph.* 6.

VIII

Ex sanguinis profluvio deliratio, aut convulsio, malo est. *Sect.* 7, *aph.* 9.